

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

167

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Annik, Madeleine, Marie POCHAT-PIRIOU

Née le 5 Juin 1929 à AVRANCHES (Manche)

présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA GROSSESSE PROLONGÉE
DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL**

Président : Monsieur LACOMME (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Annik, Madeleine, Marie POCHAT-PIRIOU

née le 5 juin 1929 à Avranches (Manche)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-



CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA GROSSESSE PROLONGEE
DECLenchement DU TRAVAIL.

--:-

Président : Monsieur LACOMME (Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROcq, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	CORDIER
Anatomie pathologique.....	DELARUE
Bactériologie.....	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale.....	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale.....	BERNARD J.
Carcinologie.....	REDON
Chimie Méd.....	JAYLE
Clinique Chir. {	Hôtel-Dieu..... MENEGAUX
	Salpêtrière..... MOULONGUET
	Cochin..... QUENU
	Beaujon..... SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire.....	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop.	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie.....	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop.	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.....	MATHEY
Clinique de la Tuberculose.....	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.....	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.....	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques	DEGOS
Clinique des mal. du sang.....	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.....	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.....	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	{ BARIETY
Cliniques Médicales	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérapi.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY
	{ RADOT
	{ LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU	Pat. chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLIEUX THOMERET VERNE (J.M.)
Ana.Path.	(CHRISTOL NEVOT		
Bactériologie	(BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J.	Pat.expéri- ment.	(MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM (POLONOVSKI Cl.)
Biol. Méd.	(DUPERRAT TUCHMANN COUJARD N.		
Chimie méd.	(CORNET BOYER DEPARIS		
Dermato-syph.	(BASTIN DEROBERTE GAULTIER HADENGUE	Path.Med.	
Embryologie	(DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORIER		
Histologie	(LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY		
Hydrologie	(BREGEAT DESIGNES	Pédiatrie	(MOZZICONACCI JOSEPH
Hygiène	(JUDET	Pharmacol.	Melle LEVY (BARGETON DEJOURS PARROT
Mal.infect.	(AUBRY MADURO BRUMPT	Physiol.	(DJOURNO GOUGEROT KREIS BARUK PICHOT
Médecine)	(CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Physique	
légale et		Médicale	
du Trav.)		Pneumo-phtis.	
Neurochir.		Psychiatrie	
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtal- mologie)			
Orthopédie			
Oto-rhino- laryngol.			
Parasito- col.			
Parasito- col.			
Pat. chir.			

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

MM.

Urologie KUSS
 Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

{ AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.

Urologie N...
 Clinique Méd. { DREYFUS
 { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 Bibliothécaires { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

A mon Mari

A mes Frères

A mon Parrain

A ma Marraine

A ma Famille

A mes Amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur M. LACOMME

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse reconnaissance.

A nos Maîtres des Hôpitaux de Poitiers

A Monsieur le Docteur PICHEREAU

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médecin-Accoucheur
Médecin de l'Hôpital

Qui nous a inspiré ce travail et
nous a guidée dans sa rédaction.

Qu'il veuille bien accepter ici
nos remerciements respectueux
et croire à notre gratitude.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
LA GROSSESSE PROLONGEE
DECLenchement DU TRAVAIL

- :-

INTRODUCTION

-:-

La notion d'une prolongation anormale de la gestation est curieuse à suivre au cours des ans, car, si l'expérience, l'observation, l'empirisme l'avaient de tous temps acceptée, l'endocrinologie s'est refusée pendant longtemps à en admettre la réalité et surtout à en expliquer le mécanisme.

Et cependant, le Code Napoléon admet que la grossesse peut varier entre 270 et 300 jours ; cela pose un problème médico-légal important. En effet, peut-on admettre la légitimité d'un enfant après une grossesse de plus de 300 jours ?

Actuellement, les endocrinologistes et les obstétriciens s'accordent à reconnaître la réalité de la prolongation de la grossesse. Les pédiatres interviennent également pour préciser le retentissement, sur le produit de conception, de cette rétention intra-utérine anormale.

Il est évidemment difficile d'affirmer que cette rétention est nocive sur la foi de quelques observations personnelles, mais, en confrontant les résultats obtenus par plusieurs auteurs, il semble possible d'établir la notion d'une fragilité foetale particulière lors d'une grossesse prolongée.

Il s'agit d'une part, d'un problème physiopathologique intéressant concernant les facteurs endocriniens susceptibles d'être rendus responsables de cette anormale durée de la vie intra-utérine ; d'autre part, d'une ques-

tion éminemment pratique, puisque c'est la mortalité et la morbidité néonatale qui sont en jeu.

Si vraiment il est établi que l'enfant, né après une gestation dépassant la moyenne de 270 jours, est particulièrement exposé à des accidents graves, et, si vraiment il est prouvé que c'est à cette prolongation de la vie intra-utérine que l'enfant doit cette fragilité, les conséquences pratiques qui s'imposent sont claires : il faut interrompre ces grossesses prolongées et éviter ainsi au fœtus ce séjour nocif intra-utérin.

Reste enfin à connaître si le déclenchement du travail avant le terme spontané est possible, et s'il est sans inconvénients pour l'enfant. Autrement dit, un enfant né après une gestation prolongée doit-il être considéré comme simplement à terme - terme que pour une raison mal définie, il a mis plus longtemps qu'un autre à atteindre - ou comme un "hypermaturé" ou encore postmaturé", c'est-à-dire présentant des caractères particuliers pathologiques.

EZES distingue d'ailleurs les "hypermaturés" qui sont des enfants gros et vigoureux, résultant de grossesses prolongées physiologiques, et les "postmaturés" qui sont fripés, hypotrophiques, nés de grossesses prolongées vraies, pathologiques.

Un certain nombre de travaux ont été consacrés à cette question à la fois obstétricale, endocrinologique et pédiatrique. Cependant, il ne semble pas que des conclusions unanimes puissent en être tirées, et c'est pourquoi un exposé des faits observés, avec les déductions prudentes certes, mais déjà significatives qu'il comporte, nous paraît venir bien à son heure. La

grossesse prolongée est un fait maintenant reconnu ; des observations suffisamment nombreuses et précises l'illustrent, permettant d'établir une conduite à tenir pour préserver la vie et le devenir du fœtus

HISTORIQUE

-:-

Citons quelques noms, quelques dates, quelques travaux qui jalonnent ces vingt dernières années.

Nous trouvons le nom de P. VIGNES qui s'est penché en 1933 et en 1944 sur la question des anomalies de durée de la gestation. En 1944, en particulier, il rapportait le cas d'une IVpare dont le premier, le troisième et le quatrième enfants étaient nés plus de dix mois après les dernières règles et mesuraient à la naissance respectivement 53, 55 et 58 centimètres. Cette répétition de la prolongation gestationnelle chez une même femme montre bien qu'il s'agit d'un état endocrinien qui lui est propre, et non de facteurs foetaux.

En 1941, MAHON pose la question : Existe-t-il des grossesses prolongées ? et il rapporte deux cas de primipares de 32 et 30 ans chez qui l'accouchement a eu lieu 293 et 296 jours respectivement après les dernières règles. La souffrance foetale était nette dans le premier cas où l'enfant succomba rapidement : le placenta était sénile et incapable d'assurer les échanges foeto-placentaires. Et cet auteur concluait que lorsque l'on a la certitude que le 280ème jour est dépassé, il faut décoller le pôle inférieur de l'oeuf au doigt et déclencher le travail à l'aide de doses filées d'hypophyse.

En 1948, CALKINS étudie la postmaturité. SCHACHTER, l'année suivante, constate chez un enfant né après une gestation prolongée une athyroïdie congénitale, une arriération

mentale et un retard staturopondéral. SURJEAU et Melle DERIVRY insistent en 1950 sur la fragilité foetale dans ces grossesses anormalement prolongées.

NOLLE pense qu'il faut, dans de tels cas, provoquer le travail sans attendre le retentissement de la post-maturité sur l'enfant. En 1952, JAMAIN et ses collaborateurs traitent à la fois de la prolongation de la grossesse et de ses conséquences foetales.

La même année, STEWART étudie la durée de la grossesse et la post-maturité foetale, problème repris en 1953 par LARTZ.

En 1954, RICHON fait de la question de la grossesse prolongée un très complet exposé ; sujet traité également par MULLER et par EZES qui, lui, s'attache à l'étude biologique de la grossesse prolongée.

Tout dernièrement, les 9-12 Septembre 1957, le XVIIème Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française, se consacre en partie à la question de la grossesse prolongée.

Ainsi, la prolongation de la grossesse n'est pas un mythe : c'est un fait scientifiquement établi, mais dont la cause et les conséquences conservent encore bien des obscurités.

Nous exposerons successivement :

- les faits relatifs à la prolongation de la gestation,
- les faits relatifs à la souffrance foetale,
- quelques observations personnelles,
- la conduite à tenir.

LES GROSSESSES PROLONGEES

-:-

QUELLE DEFINITION POUVONS-NOUS DONNER DE LA GROSSESSE PROLONGEE ?

Dans les conditions les plus fréquemment rencontrées, c'est-à-dire lorsque les parents cohabitent, il reste toujours une marge d'incertitude quant à la date exacte de la conception. Mais des exemples intéressants de gestation, après rapport unique, ont permis de démontrer la réalité de la grossesse prolongée.

SIEGEL trouva sur un lot de 125 grossesses 20 % de gestations prolongées.

MAHON cite deux cas de grossesses prolongées où l'accouchement a eu lieu 293 et 296 jours après le rapport fécondant et VIGNES constate ainsi une grossesse de 305 jours.

Ces cas étant exceptionnels, il faut, en pratique courante, se contenter d'apprécier la durée de la gestation d'après la date de début des dernières règles normales. Un interrogatoire serré de la gestante est donc nécessaire et il faudra lui faire préciser la date exacte de ses dernières règles, la régularité de son cycle quant à sa fréquence et à sa durée. Malheureusement, les déclarations de l'intéressée sont souvent vagues ou sujettes à caution. Auteurs et praticiens sont d'accord sur ce point.

Aussi, RICHON mentionne-t-il dans les conditions nécessaires au diagnostic de

grossesse prolongée que la femme interrogée doit offrir des garanties de "crédibilité suffisante", en ce qui concerne "la mémoire, la précision, la bonne foi", selon l'expression de FRUHINSHOLZ.

Mais il existe aussi des faits plus objectifs : régularité sans défaillance des cycles avec règles survenant du 28ème au 31ème jour, sans interruption depuis des années. Il faut enfin que l'échéance de l'accouchement soit reportée, ou bien au dixième anniversaire des règles manquantes ou au-delà, autrement dit après le 300ème jour après le début des dernières règles, ou au cours du dixième mois à partir de la date clinique de la fécondation, c'est-à-dire disparition des règles.

Ces diverses circonstances étiologiques vont donc nous permettre de distinguer deux types de gestations prolongées : les formes apparemment prolongées et les prolongations vraies.

Dans le premier type : grossesses apparemment prolongées, il s'agit de gestations dépassant le 280ème jour chez des femmes qui accoucheront entre le 280ème et le 300ème jour.

Dans le second type, ce sont des grossesses prolongées vraies qui concernent des femmes dont l'accouchement aura lieu au dixième anniversaire et au-delà, soit le 300ème jour ou davantage après les dernières règles.

Se basant sur la courbe thermique dont l'élévation marque, on le sait, l'ovulation, STEWART a montré comment des grossesses apparemment prolongées étaient, en réalité, d'évolution normale. La moyenne a été de 250 à 285 jours entre la dernière ovulation et le

début spontané de l'accouchement d'un enfant vivant à terme, avec une moyenne plus précise de 266/270 jours. TOMPKINS, se basant lui aussi sur la courbe thermique, arrive aux mêmes chiffres.

Voici l'exemple d'une grossesse se prolongeant apparemment puisque l'accouchement a eu lieu au 301ème jour ; en fait, l'ovulation se situant au 18ème jour du cycle, la durée réelle a été dans les limites normales : 283 jours.

Dans un deuxième cas, l'ovulation est retardée au 24ème jour du cycle ; l'accouchement ayant eu lieu au 300ème jour, la durée de la grossesse a donc été normale, soit 276 jours.

Citons encore le cas d'une primipare de 25 ans, dont les dernières règles remontaient au 29 Décembre 1947. Pour stérilité, cette femme prenait régulièrement sa température, ce qui montra que l'ovulation ne s'est produite que le 5 Avril. L'accouchement prévu pour le 5 Octobre 1948 n'eut lieu que le 15 Décembre 1948, avec naissance d'un garçon pesant 4.350 grammes. En tenant compte des dernières règles, la grossesse avait duré 349 jours, en partant de la dernière ovulation 250 jours.

Des femmes, ayant leur ovulation à la même date, vont accoucher avec des écarts de 26 jours : l'une, par exemple, a mis au monde un garçon de 3.900 grammes le 253ème jour après l'ovulation et une autre a donné naissance à une fille de 3.750 grammes, née le 279ème jour. On pourrait penser que le premier enfant est né à terme, le second après dix mois, avec un retard de 27 jours sur le premier. D'après les courbes de température, il semble qu'un intervalle de 279 jours après la dernière ovulation, soit la durée maxima de la grossesse humaine.

La durée maxima de la grossesse lorsqu'elle est déterminée à partir du premier jour des dernières règles, est des plus variables; ce calcul est inexact, puisque les dernières règles ne signifient pas début de la grossesse.

La limite maxima de la durée de la grossesse entre l'ovulation et l'expulsion spontanée du fœtus à terme est de 285 jours d'après les courbes thermiques, avec une moyenne de 266/270 jours, mais jusqu'à ce que la cause exacte du déclenchement du travail soit mieux précisée, on ne peut considérer qu'un enfant né au 285ème jour est "postmaturé" ou du moins, il ne l'est pas obligatoirement.

En effet, la prolongation de la grossesse n'entraîne pas forcément la postmaturité du fœtus et le poids de l'enfant n'est pas toujours plus élevé que la normale.

La définition française de la prolongation de la grossesse concorde bien, dans les travaux les plus récents, avec les opinions américaines que nous venons d'exposer. JAMAÏN insiste cependant d'abord sur le fait, que les critères physiologiques permettant de conclure réellement à la prolongation de la gestation, restent en partie inconnus : 266 jours après la dernière ovulation, 270 jours après un rapport unique chez une femme bien réglée, un peu plus de 280 jours après le début des dernières règles, 300 jours pour le Code Civil ; autant de variantes qui font intervenir le bon sens.

WEIL a proposé la définition suivante :

"Une grossesse est dite prolongée, lorsqu'une femme bien portante, soumise à un rythme mensuel bien défini, et jusque là invariable, femme par ailleurs assez précise dans ses réponses pour que son témoignage ait quelque

valeur, accouche plus de neuf mois solaires révolus après l'anniversaire des premières règles manquantes".

W. GEISENDORF, P. LEDERREY et H. VOEGELI de Genève considèrent comme grossesse prolongée, toute gestation dont l'accouchement a eu lieu après 290 jours d'aménorrhée.

ON A DECRIE DES SIGNES OBJECTIFS DE PROLONGATION DE LA GROSSESSE, DU POINT DE VUE CLINIQUE, RADIOLOGIQUE et BIOLOGIQUE.

Quelles sont les modifications cliniques caractéristiques de la grossesse prolongée :

- l'évolution du poids de la mère. Certains auteurs, tel H. HEBERER, ont pensé que le dépassement du terme pouvait être mis en évidence par l'arrêt de l'augmentation du poids de la mère, quand ce n'est pas une diminution de ce poids.

- La diminution du fond utérin, faisant suite à une augmentation progressive, mais W. GEISENDORF, P. LEDERREY et H. VOEGELI font remarquer que cette diminution se rencontre surtout chez les femmes qui ont eu un début de travail.

- la diminution de la circonférence abdominale est un signe classique, mais qui n'a guère de valeur.

- la diminution des varices...

- l'oligoamnios est un critère auquel Von RUTTE, RUNGE et BROWNE attachent beaucoup d'importance.

- l'évolution du col utérin. Les auteurs anglo-saxons ont fait état d'une "maturité" du col, mais les auteurs suisses ont constaté que l'effacement du col utérin était compa-

nable à celui d'une grossesse normale, qu'il s'agisse de primipares ou de multipares.

- le faux travail.

- la diminution ou même la disparition des mouvements actifs du fœtus serait un signe à retenir.

- la modification des bruits du cœur est un signe trop tardif pour être utile.

Tous ces signes étant inconstants, on s'est adressé à la radiographie et au laboratoire.

La mensuration radiographique du fœtus in utero est imprécise et il est difficile d'établir l'âge du fœtus d'après sa taille. SCAMTON et CALKINS d'abord, JOSEPHS et CHRICHTON ensuite, ont étudié l'accroissement du volume céphalique, mais leurs conclusions sont contradictoires. Tandis que SCAMTON et CALKINS admettent une augmentation du diamètre bi-pariétal en fin de grossesse, JOSEPHS pense que cette augmentation est nulle et CHRICHTON rapporte 9 cas de post-maturés dont 7 présentaient une légère augmentation du diamètre bi-pariétal, un sans augmentation et un avec une diminution.

Plusieurs auteurs, WILLIAMS, MAGNIN, sont d'accord pour reconnaître une ossification plus intense du squelette notamment du crâne avec des sutures et des fontanelles de moins en moins visibles et ils signalent un chevauchement des os de la voûte (signe de SPALDING).

Les points d'ossification sont plus ou moins visibles selon la quantité de liquide amniotique, l'épaisseur de la paroi abdominale, la qualité des clichés. Cependant, ils constituent l'indice radiologique le plus fidèle. Si le point de BECLARD et le point d'os-

sification de l'extrémité supérieure du tibia, permettent simplement d'affirmer "le terme" et non la "postmaturité", par contre, le point d'ossification de l'extrémité supérieure de l'humérus, ceux du grand os et de l'os crochu et enfin celui du cuboïde sont, pour LAHM et SZELLO, des signes absolus de la postmaturité.

On a également essayé de déceler un amincissement de la ligne noire chez des foetus post-maturés. On a évoqué "l'opacité placentaire", opacité d'autant plus nette que la gestation est prolongée.

La radiologie semble donc apporter quelques renseignements utiles, mais ce qu'elle permet d'affirmer, c'est la maturité et non la post-maturité du foetus.

Les tests biologiques peuvent rendre service.

Un test biologique précoce fera la preuve d'une grossesse avant qu'elle ne soit cliniquement évidente, mais pratiquement cet examen ne se fait qu'après un doute clinique.

Plus intéressant est le comportement hormonal des grossesses prolongées et la cytologie vaginale dont se sont occupés de nombreux auteurs.

LEMBERG, SIEGFRIED et STAMM avaient étudié une série de frottis vaginaux chez 208 femmes enceintes et ils avaient déterminé 3 types de frottis :

- grossesse en cours,
- près du terme,
- type à terme.

Or, pour certains auteurs, il existe des cellules spéciales qui apparaissent en cas de post-maturité. EZES a observé des cellules arrondies, assez plates, avec un halo nucléaire;

elles sont semblables aux "post natal cells" de PAPANICOLAOU ou aux cellules "delle puerpere" de NIZZA. Il a constaté également l'apparition de petites cellules à gros noyau pycnotique de type basal externe.

M. GSELL et R. ROSENBLATT ont tout dernièrement étudié une série de 510 frottis chez 259 femmes. Ils en ont éliminé 25 % pour infection vaginale. Dans la série de frottis comportant des petites cellules basales à noyau pycnotique, ils ont trouvé 53 % de cas comportant une souffrance foetale. Par ailleurs, dans le cas de souffrance foetale, ils n'ont trouvé un changement des frottis que dans 22 des cas.

Si la présence de ces petites cellules basales acidophiles doit attirer l'attention du praticien, il ne faut pas exclure la possibilité d'une souffrance foetale devant un frottis normal.

EZES a également signalé la diminution en longueur du bacille de Döderlein qui prend un aspect glandulaire.

H. de WATEVILLE, R. BORTH et O. STAMM ont étudié le comportement hormonal de ces grossesses prolongées en dosant l'oestriol et le prégnañdiol urinaires. Ils ont constaté un abaissement du taux urinaire de l'oestriol, mais ils rattachent ce fait à une insuffisance placentaire qui n'est pas forcément liée à un dépassement du terme.

SCHEFFLER souligne que rien de précis ne peut être tiré de l'abaissement du taux du prégnañdiol urinaire.

EZES a observé 16 femmes ayant dépassé le terme de 15 à 35 jours. Dans 1/3 des cas, la grossesse a abouti à la naissance d'enfant

hypermaturé, mais avec un placenta non pathologique, une cytologie vaginale normale, un taux des gonadotrophines urinaires supérieur à 6.000 U.L., un taux de phénolstéroïdes oscillant entre 11.500 et 17.000 gammas et une quantité moyenne du prégnandiol urinaire de 80 mg/24 h.

Dans les autres cas, soit 2/3, EZES qui avait noté quelques signes cliniques (les oedèmes et les varices s'affaissent, le fœtus s'agite moins et présente des troubles du rythme cardiaque), constate un abaissement du taux des gonadotrophines jusqu'à 2000 et même 750 U.L. une diminution du taux des phénolstéroïdes (8000) et une chute du prégnandiol de 80 à 35 et même jusqu'à 5 mg.

En conclusion, malgré les renseignements apportés par la clinique, la radiologie et la biologie, le diagnostic de la grossesse prolongée est bien difficile et reste un diagnostic "d'impression" selon MAHON.

SOUFFRANCE FOETALE

--

Pour attribuer à la prolongation de la grossesse la morbidité et la mortalité foetales observées, il faut évidemment que cette prolongation soit certaine, établie non pas seulement sur un intervalle anormalement long entre les dernières règles et l'accouchement, mais entre la dernière ovulation et l'expulsion spontanée de l'enfant, en donnant encore une marge pour les durées longues mais encore physiologiques de la vie intra-utérine.

Sur un total de 19.893 accouchements observés entre 1930 et 1939, RICHON a établi la réalité de 128 grossesses prolongées, ce qui donne une fréquence de 0,65 pour 100. Dans cette série, la mortalité foetale a été de 10 pour 100 avec 13 décès sur 128, dont 7 foetus macérés.

Entre 1950 et 1953, RICHON étudiant les dossiers de 10.389 accouchements, trouve 41 grossesses vraiment prolongées, soit 0,31 pour 100. Nous retiendrons ce chiffre qui nous paraît plus près de la réalité.

Dans la première série, on avait noté sur 128 cas, 14 interventions obstétricales, soit 11 pour 100 environ, dont 11 forceps et 2 cranio-clasies pour lenteur du travail, une césarienne, mais chez une naine à bassin chirurgical pour un enfant de 2.150 g. Ces premières observations avaient incité RICHON à conclure à l'existence d'une tare endocrinienne affectant le couple hypophyso-ovarien, peut-être par syphilis héréditaire, dont la preuve séro-

logique n'avait d'ailleurs été établie que 6 fois sur 128.

Cette mortalité foetale de 10 p. 100 était trop impressionnante pour être négligée. SUREAU et Melle DERIVRY en 1950 ont observé des grossesses prolongées dans 1,35 p. 100 sur un matériel de 10.000 grossesses. La mortalité des enfants dans ces grossesses prolongées a été dix fois supérieure à celle des enfants nés à terme et le double de la mortalité chez les prématurés.

Pour ces auteurs, c'est avant tout la sénescence placentaire qui est responsable des accidents néonataux ou foetaux observés.

Pour LEVY-SOLAL (1952) , c'est par anoxie foetale que la post-maturité est nocive, avec ses rétentissements immédiats et tardifs au niveau du système nerveux.

MORIN, en 1952, considère l'enfant post-maturé des gestations prolongées, comme un fœtus anoxique dont les intérêts devront être protégés, en particulier par une césarienne.

Les 41 observations de RICHON montrent qu'il s'agissait de primipares dans neuf cas, de secundipares dans huit cas, de multipares au-delà de trois enfants dans 24 cas. Douze fois, l'accouchement avait eu lieu au dixième anniversaire à un jour près ; sept fois, cinq jours au moins avant le dixième anniversaire et vingt deux fois, cinq jours et plus après le dixième anniversaire.

Quant à la souffrance foetale, elle s'est traduite comme suit :

- 21 enfants, nés vivants, bien portants et élevés normalement par la suite ;
- 11 enfants, nés vivants, mais présentant un aspect particulier avec peau fripée, enduit sébacé jaunâtre ou inexistant, maigreur, ongles très longs, desquamation généralisée en lambeaux ;
- 4 macérés à des degrés variables ;
- 3 enfants morts au cours du travail ;
- 2 enfants morts quelques minutes après la naissance.

Autrement dit : 9 décès sur 41 cas ; 12 enfants ayant cet aspect ridé et malingre décrit comme signe de postmaturité. Mais il faut également tenir compte des 21 cas dans lesquels malgré la présence de facteurs anoxiants et de risques identiques, l'enfant est né absolument normal.

Ces conclusions sont aussi celles de VERMELIN pour qu'il existe :

- des grossesses prolongées pathologiques , dans lesquelles le foetus est gravement menacé, la mort de l'enfant intervenant avec une grande fréquence avant ou pendant le travail, ou après la naissance ;
- des grossesses prolongées quasi-physiologiques, dans lesquelles tout se passe comme si l'enfant était à terme, date qu'il aurait mis plus longtemps que d'autres à atteindre ; ici l'enfant est indemne, il n'y a pas de risque foetal et l'anoxie placentaire n'a pas eu lieu ou n'a pas entraîné d'accidents.

Cette distinction est purement clinique et faite rétrospectivement et on peut se demander si elle est fondée sur des bases permettant la différenciation (qui serait si utile du point de vue pratique pour le choix de l'attitude à observer). Une telle distinction,

pratiquement impossible, pourrait-elle être faite sur un trouble de sécrétions hormonales en fin de grossesse ? Les dosages hormonaux faits jusqu'ici n'apportent pas d'arguments utilisables. EZES, nous le rappelons, pense que les frottis vaginaux permettent d'affirmer ou de rejeter la post-maturité de la grossesse, mais les éléments d'information restent rares et très souvent d'ailleurs, la femme se présente tardivement déjà en travail.

LA PATHOGENIE
DU SYNDROME D'HYPERMATURITE

-:-

Essayons de comprendre par quel mécanisme la rétention intra-utérine prolongée peut être nuisible pour le produit de conception. Le danger est certain, et on peut actuellement affirmer que sur 5 ou 6 enfants "post-maturés", un meurt à la naissance ou dans les heures qui la suivent.

Nous avons dit que certains auteurs pensent que l'importance du dépassement ne joue pas dans la gravité de la post-maturité ; du moment qu'il y a dépassement, bref ou long, l'enfant est menacé. De fait, la souffrance foetale peut survenir précocement ou tardivement après le dépassement du terme, toujours de façon imprévisible. Pour JAMAIN, cependant, le risque s'aggrave considérablement lorsque le dépassement est de plus de dix-jours. Pour d'autres auteurs, la période véritablement dangereuse ne commence que quatorze jours après le terme.

Mais le danger est dans ce dépassement. Une fois celui-ci franchi, le danger reste le même, que l'accouchement se produise alors immédiatement ou plus tardivement. L'observation du fœtus post-maturé intra-utérin montre que les bruits cardiaques peuvent brusquement se modifier, cesser ; cela après quelques jours au cours desquels la mère a moins nettement perçu les mouvements foetaux. Les trou-

bles cardiaques peuvent n'apparaître qu'au cours même du travail : modification des bruits cardiaques, assourdissement de ceux-ci et leur disparition. Il est caractéristique de voir le liquide amniotique prendre, à la rupture de la poche des eaux, un aspect purée de pois.

La souffrance foetale pré-existante est encore aggravée par les modalités du travail, généralement long, avec dyscynésie utérine, anomalies de rupture de la poche des eaux, engagement tardif de la présentation. Les interventions nécessaires sont certainement plus fréquentes que normalement. Par conséquent, le pronostic foetal est aggravé du fait de la prolongation du séjour intra-utérin, des difficultés du travail et des interventions qu'elles risquent de provoquer.

Et pourtant, répétons-le, dans des cas de grossesses certainement prolongées, le foetus ne souffre pas, l'enfant naît normal et le demeure.

On a donc cherché à mieux comprendre la pathogénie du syndrome d'hypermaturité.

Pour FRUHINSHOLZ (1939) "il se passerait au comble de la maturité ovulaire quelque chose d'analogue à ce qui se passe au comble de la maturité d'un fruit qui, de mûr, devient subitement blet".

Image susceptible d'expliquer les modifications survenues dans les échanges foeto-maternels en fin de grossesse, et en cas de prolongation de celle-ci au-delà du terme.

JAMAIN a démontré que la souffrance foetale relevait de l'asphyxie, celle-ci étant en relation avec une anoxie progressive, à son tour

explicable par la sénescence placentaire.

On sait que, déjà avant le terme normal de la gestation, se produit le début du vieillissement trophoblastique, comme le montrent les recherches anatomopathologiques récentes dans ce domaine. Ce vieillissement entraîne une diminution des échanges trophiques entre l'organisme maternel et le fœtus, une baisse des apports oxygénés à l'enfant. La trophoblaste vieillit progressivement, restreignant de plus en plus les échanges nutritifs qui finissent par devenir nuls (BARCROFT - YOUNG). Au cours de l'hypermaturité, l'enfant reçoit in utero un sang de moins en moins riche en oxygène ; le taux normal de saturation en oxygène du sang est de 60 p. 100, il peut s'abaisser jusqu'à un taux inférieur à 20 p. 100.

LEVY-SOLAL, MORIN et MINKOWSKI ont d'ailleurs constaté que les enfants en bon état étaient ceux dont le sang du cordon présentait à la naissance un taux de saturation supérieur à 60 p. 100. JAMAIN pense donc qu'il est logique de comparer les grossesses prolongées à toutes les gestations anormales comportant une cause d'anoxie, aussi bien décollement placentaire prématuré, que précidence du cordon, insertions basses du placenta, compression du cordon.

Le fœtus subissant ces phénomènes d'anoxie y répond par des mouvements respiratoires prématurément déclenchés et d'une amplitude anormale, ce qui explique la fréquence de l'aspiration méconiale, avec ses conséquences pulmonaires.

On sait que cette notion de respiration intra-utérine, avec aspiration de liquide amniotique a été établie histologiquement, de même que l'on a démontré l'existence de pneumo-

pathies néonatales en particulier par vernix caseosa.

C'est par l'anoxie que l'on peut expliquer les morts foetales intra-utérines, par l'anoxie et l'aspiration du liquide amniotique que l'on peut expliquer les morts survenant au cours du travail, celui-ci retentissant sur des enfants rendus déjà fragiles par la post-maturité. Les mêmes conditions d'expulsion auraient sans doute été supportées sans dommage par des enfants à terme.

Enfin, c'est encore à l'anoxie foetale que l'on doit les accidents observés dès les premières heures ou les premiers jours de la vie chez ces enfants "hypermaturés". Il s'agit, cette fois, d'enfants nés sains et paraissant en tous points normaux.

Nous devons à JAMAIN et GROS des observations illustrant des morts-nés, des morts intra-partum et des morts post-partum chez des enfants ayant eu une vie intra-utérine certainement anormalement prolongée.

Dans le premier cas, enfant mort-né ; il s'agissait d'une grossesse prolongée certainement de 16 jours après le terme normal. Au début du travail, les bruits du coeur foetal avaient été perçus très assourdis ; à la rupture de la poche des eaux, le liquide est méconial : expulsion d'un enfant mort.

Dans le second cas, la femme a été suivie depuis le début de sa grossesse et l'on peut établir, avec certitude, que le terme est dépassé de quarante jours au moment où le travail se déclenche. Le liquide qui s'écoule à la rupture de la poche des eaux est fortement teinté. On extrait une petite fille de 4.300 g qui rejette une importante quantité de méconium par le nez et la bouche, et qui

respire de façon irrégulière. On désobstrue l'enfant, on pratique l'aspiration endotrachéale et endobronchique immédiate, mais on n'évite pas la mort une heure plus tard.

Enfin, dans deux autres cas, la mort de l'enfant a été plus tardive. Le terme était dépassé de douze et treize jours respectivement. La rupture de la poche des eaux laissait s'écouler un liquide trouble, méconial.

Les enfants naissent, en apparence, normaux, pesant l'un 3.800 g et l'autre 3.840 g. On aspire quelques centimètres cubes de liquide méconial. L'évolution initiale est rassurante, les enfants ont bon aspect, respirent régulièrement, ont un tonus musculaire normal. Puis, brusquement, six à dix heures après la naissance, les enfants se cyanosent, présentent une respiration irrégulière avec secousses, une hypotonie très marquée. La ponction lombaire est normale. A l'auscultation, on constate des râles sous-crépitaux dans les deux champs et sur les clichés pulmonaires, il existe une image d'atélectasie généralisée. On fait une aspiration endotrachéale qui ramène du méconium, mais il existe une quantité importante de liquide dans l'estomac. La mort survient dans les 24 heures. La vérification nécropsique montre un cerveau macroscopiquement normal, mais le tractus trachéo-bronchique contient du méconium.

De telles observations permettent d'admettre que la prolongation de la grossesse et malgré l'absence de complications obstétricales, peut entraîner le décès néonatal par inondation alvéolaire.

Chaque fois, les mêmes symptômes se déroulent : présence de méconium dans le liquide amniotique à la rupture de la poche, état normal de l'enfant à la naissance, en parti-

culier, respiration satisfaisante après désencombrement trachéal et brusquement, en quelques minutes, s'installe un tableau gravissime de cyanose, d'asphyxie suraiguë que vont accompagner des signes d'inondation alvéolaire. Il faut bien l'attribuer à l'irruption dans la trachée et les bronches du liquide méconial persistant dans l'estomac et dont on retrouve d'abondantes quantités à l'autopsie.

La pathogénie paraît alors comporter :

- la souffrance foetale, intra-utérine, et intra-partum, par suite de la prolongation anoxiante de la gestation,
- secondairement à cette anoxie foetale, l'aspiration intra-utérine du liquide amniotique qui vient inonder les voies aériennes et digestives et se mélanger au méconium, les efforts respiratoires expliquent que du méconium soit retrouvé dans le liquide amniotique à la rupture des membranes ;
- à la naissance, l'aspiration endo-trachéale et endobronchique immédiate libère les voies respiratoires et permet une mise en route satisfaisante de la vie extra-utérine. Mais le méconium qui persiste dans l'estomac est sans doute responsable du rejet et de l'inhalation dans les bronches et donc du syndrome asphyxique suraigu, bientôt irréversible.

Si vraiment les choses se déroulent ainsi, et on a actuellement tout lieu de le croire, il faut évidemment rechercher le moyen de protéger l'enfant de ce surcroît anoxiant de vie intra-utérine et fixer les indications d'un déclenchement à terme du travail ou d'une extraction chirurgicale du fœtus.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

-:-

Nous avons constitué un dossier comprenant 30 observations de grossesses prolongées et nous avons écarté toute grossesse dont la prolongation ne nous semblait plus certaine. Nous n'avons considéré que les femmes ayant un cycle régulier.

Nous les classons en deux séries :

- une première série de 14 observations avec signes de souffrances ou avec morts foetales paraissant en rapport direct avec la postmaturité,
- une deuxième série de 16 observations de dépassement du terme où nous sommes intervenus systématiquement pour déclencher le travail, avec suites normales pour le fœtus et pour la mère.

° ° °

Ière SERIE

-:-

Madame B... 21 ans, Ipare.

Le dépassement du terme étant de 12 jours, l'accouchement est déclenché le 16/5/1953. On administre 3 cachets de sulfate de quinine à 0,50 g à une heure d'intervalle.

Les bruits du coeur s'assourdissent et disparaissent au cours du travail : deux heures après, expulsion par forceps d'une fille mort-née présentant une hydrocéphalie.

Les suites maternelles furent normales, pas de température.

° ° °

Madame G... 22 ans, Ipore.

Cette femme qui devait accoucher le 10/6/1954, arrive à la Clinique le 28/6/1954. On déclenche l'accouchement, elle met au monde un enfant de sexe masculin pesant 2.450 g :

- la peau est pâle et flasque,
- la figure est ridée,
- l'aspect vieillot,

Il est mis au sein ; au bout de quelques jours, la courbe de poids progresse de façon normale.

La femme rentre chez elle. Nous apprenons par la suite que cet enfant est mort vers la fin de son premier mois, mais nous n'avons pu obtenir de renseignements précis sur les causes de la mort.

Madame R... 29 ans, Ipore

Après un dépassement du terme de 12 jours, l'accouchement (provoqué) a lieu le 28/9/54. L'enfant, du sexe masculin, de poids normal 3.050 g apparaît maigre.

On note une absence de liquide amniotique ; le cordon est aplati, "sans vie".

Il nous apparaît que l'accouchement a eu lieu à l'extrême limite de viabilité du fœtus.

Madame C... 35 ans IIIpare

Lorsque cette femme s'est présentée à la Clinique, le terme était dépassé de 20 jours. L'accouchement prévu pour le 2/12/1954 se déclenche spontanément le 22/12/1954 ; on assiste à un accouchement très normal. On note simplement le peu d'abondance du liquide amniotique qui est teinté.

L'enfant, une fille de 4.000 g présente les caractéristiques du fœtus "post-maturé":

- peau ridée avec début de desquamation aux pieds et aux mains,
- pâleur des téguments teintés en vert par le méconium,

Des signes de souffrance fœtale sont notés:

- cri tardif, faible , souffreteux,
- hypotonicité,
- enfant difficile à réveiller pour la tétée,
- température centrale : 35°5

Traitement effectué :

- oxygène pendant 20 minutes toutes les heures ; débit : 3 litres/min.
- un réchauffement simple : température de la pièce 26°, bouillottes,

fut suffisant.

Madame M... 34 ans Ipare

Le dépassement du terme étant de 8 jours, on déclenche le travail le 17/4/1956. La femme met au monde après extraction par forceps, un enfant de sexe masculin pesant 2.950 g.

On note les caractères suivants :

- absence du méconium,
- plis cutanés aux faces palmaires,
- premier cri un quart d'heure après la naissance.

o o

Madame G... 27 ans IIIpare

Quand la femme se présente à la clinique, le terme est dépassé de 35 jours.

A l'interrogatoire, on apprend que les mouvements foetaux ont été perçus depuis la fin du 4ème mois. Pas de faux travail.

Le 7/12/1957, accouchement rapide sans dystocie d'aucune sorte :

- présentation céphalique,
- cordon ombilical "battant",
- membranes normales,
- gros placenta de 800 g mais sans dégénérescence des cotylédons,

L'enfant du sexe masculin, pesant 4.250 g présente une méningo-encéphalocèle.

La mort de l'enfant survient brutalement 36 heures après sa naissance.

Madame B... 28 ans IVpare

Le dépassement du terme étant de 8 jours et vu les antécédents de la parturiente, on déclenche le travail par sonde ; le 16/12/56, la femme met au monde un enfant normal de sexe féminin pesant 4.110 g. Si cette quatrième grossesse s'est déroulée normalement, il n'en fut pas de même pour sa troisième grossesse.

En effet, cette femme accouche spontanément le 13/9/1954 avec 20 jours de retard sur le terme prévu. L'accouchement est normal et l'enfant, de sexe féminin, ne paraît pas avoir souffert : respiration normale, régulière.

Le seul indice inquiétant est la présence d'une forte proportion de méconium dans le liquide amniotique.

8 heures après l'enfant se cyanose :

- sa respiration s'accélère, devient très superficielle,
- une ponction lombaire montre un liquide sanglant par hémorragie méningée,
- mort en quelques heures.

Quant à ses deux premières grossesses, elles se sont terminées au terme de 8 mois et 3 semaines, toutes les deux par un forceps.

Madame B... 26 ans IVpare

Cette femme se présente d'elle-même et demande qu'on lui déclenche son accouchement, bien que le terme ne soit dépassé que de 5 jours. Mais les antécédents sont là.

Après une première grossesse normale avec accouchement normal, elle a un dépassement de 8 jours au terme de sa seconde grossesse. On déclenche son accouchement et tout se passe normalement.

Lors de sa troisième grossesse, elle présente un faux travail à la date prévue pour son accouchement. Elle attend 15 jours ; à ce moment on déclenche l'accouchement.

A la fin de l'expulsion qui s'était passée normalement, après une dilatation rapide et sans administration médicamenteuse, l'auscultation des bruits du coeur est brusquement négative.

Accouchement spontané facile d'un enfant mort non macéré.

Aussi n'hésite-t-on pas à déclencher ce quatrième accouchement et le 20/I/1957, cette femme donne naissance à une magnifique fille de 3.920 g. Au 12ème jour, l'enfant a repris son poids de naissance.

Les suites maternelles sont marquées par un clocher thermique à 38°8 au 5ème jour qu'explique une lymphangite du sein.

Madame F... 37 ans Ipare

Les dernières règles datent du 26 août 1956 et l'accouchement est prévu entre le 8 et le 10 juin 1957. Cette femme a un cycle court de 26 jours.

L'évolution de la grossesse est normale jusqu'au 6ème mois. A l'examen du 6ème mois, on note un enfant en position transverse. A deux reprises, son médecin fait une version par manoeuvres externes. Le foetus reste en somme jusqu'à l'accouchement, mais la présentation est très haute.

Le 20 mai, la gestante accuse des lombalgies et présente des contractions douloureuses toutes les 3 à 5 minutes pendant 24 heures.

Depuis ce jour, elle nous dit avoir eu l'impression qu'elle maigrissait et que son utérus "se moulait" sur son enfant. Déclenchement artificiel du travail par sonde le 13 juin 1957.

L'enfant ne s'engage qu'après rupture des membranes à 2 Fr. Les bruits du coeur sont normaux. Le liquide amniotique est peu abondant et très teinté ; forte proportion de méconium. Expulsion spontanée d'un enfant de 2.800 g :

- enfant cyanosé, flétri, amaigri,
- les plis cutanés des faces palmaires sont très marqués,
- les voies respiratoires sont très encombrées,
- le cri n'est pas franc, mais souffreteux, plaintif.

24 heures après la naissance , l'enfant meurt d'une hémorragie méningée.

On peut penser qu'il s'agit là encore d'un dépassement du terme, le cycle que présente Mme F... n'étant que de 26 jours.

Madame M... 24 ans IIpare

Lors de sa première grossesse en 1954, cette femme avait accouché avec un retard de 18 jours sur le terme prévu :

- l'enfant, un garçon de 3.600 g était oedématié,
- le liquide amniotique coloré,
- le placenta d'aspect sénescant farci de nodules calcifiés,
- les membranes friables,

En 1957, nouvelle grossesse : l'accouchement prévu pour le 1/9/57 n'ayant pas eu lieu, la femme entre en clinique le 8 ; on déclenche l'accouchement : le 9/9/1957, expulsion spontanée d'un enfant de sexe féminin qui ne présente aucun signe de souffrance.

Les suites maternelles furent normales, mais l'enfant s'alimente mal et reste déficient . Au bout de 3 semaines, son poids est stationnaire : 3.380 g. Quelques injections de plasma de Quinton sont nécessaires.

Madame L... 25 ans IIIpare

La date de début des dernières règles remonte au 28/12/1956. L'accouchement est prévu pour le 10 octobre 1957.

Après une grossesse sans histoire, l'accouchement a lieu spontanément le 17 octobre 1957. Expulsion spontanée d'un enfant de sexe féminin pesant 4.000 g qui est cyanosé, oedématié. Le liquide amniotique est très coloré, le placenta sénescant et les membranes sont friables.

A noter qu'au cours du travail, les bruits du coeur s'assourdissent.

Si le premier enfant était né à terme, déjà pour le second, cette femme avait accouché avec 4 jours de retard sur le terme prévu. L'enfant, un garçon de 3.800 g était cyanosé, les téguments flétris, le liquide amniotique teinté.

Madame A... 20 ans Ipare

L'accouchement prévu pour le 10 novembre 1957 n'a lieu que le 7 décembre 1957.

Ayant refusé toute intervention susceptible de déclencher le travail, cette femme accouche spontanément :

- accouchement facile, en O I G A ,
- pas de procidence du cordon,
- liquide amniotique normal, peu abondant, citrin,
- enfant vivant de sexe masculin pesant 3.950 g.
- placenta : 750 g.

L'enfant, qui présente une méningo-encéphalocèle, meurt dans la minute qui suit l'expulsion, sans avoir crié.

Madame A... 35 ans 7pare

Le terme étant dépassé de 8 jours, on fait une série de frottis vaginaux qui ne révèlent rien d'affirmatif. ...

Le dosage du prégnandiol urinaire est de 50 mg.

On déclenche alors l'accouchement par sonde. Le 11/12/1957, expulsion d'un garçon de 4.400 g, ne présentant aucun signe de souffrance foetale.

Lors de ses 5ème et 6ème grossesses, cette femme avait eu, sur le terme prévu, un retard respectif de 10 et 15 jours. Dans les deux cas, le liquide amniotique était "purée de pois" et le placenta sénéscent. Les deux enfants nés dans ces conditions avaient un aspect vieillot, une peau ridée et des ongles très longs ; ils durent être ranimés.

Madame M... 24 ans IIpare

Au terme de sa première grossesse, en 1954, cette femme avait accouché spontanément avec 18 jours de retard :

- accouchement normal,
- délivrance normale,
- enfant de sexe masculin, pesant 3.250 g.

La température maternelle oscille autour de 37°8 pendant 10 jours.

En 1957, nouvelle grossesse avec un dépassement du terme de 16 jours. On fait des frottis vaginaux ; ceux-ci sont normaux, de type "à terme". Le dosage du prégnañdiol urinaire est de 70 mg. On déclenche le travail par sonde, et le 14/12/1957, expulsion spontanée d'une fille de 3.400 g ne présentant aucun signe de souffrance.

Les suites furent normales, tant pour la mère que pour l'enfant.

° ° °

N.B. - Bien qu'appartenant à la Ière série, cette observation semble montrer qu'il s'agit d'une grossesse prolongée physiologique.

- Le déclenchement artificiel a été fait sur demande de la mère.

2ème SERIE

-:-

Madame R... 26 ans Ipare

Le terme étant dépassé de 15 jours, on déclenche l'accouchement le 17/4/54. L'accouchement se déroule normalement et l'enfant, de sexe féminin, ne présente aucun signe de souffrance. Poids : 3.100 g.

Les suites maternelles furent normales. Pas de température.

°°°

Madame S... 23 ans IIIpare

Le terme étant dépassé de 11 jours, on déclenche le travail le 18/6/54. Expulsion spontanée d'un enfant de sexe féminin, pesant 3.160 g.

Bon état général de l'enfant.

Suites de couches normales de la mère.

°°°

Madame B... 26 ans IIIpare

L'accouchement prévu pour le 10/4/1954 n'ayant pas encore eu lieu, le 20, on décide d'intervenir et on pose une sonde le 23.

Le 24/4/54, expulsion d'un garçon de 3.800 g.

Les suites tant foetales que maternelles furent bonnes.

°°°

Madame J... 34 ans Iipare

La date prévue du terme étant dépassée de 10 jours, on déclenche le travail par sonde et le 11/11/1954 la femme met au monde un garçon de 3.600 g en parfaite santé.

Suites maternelles normales : pas de température.

Au dixième jour , le poids de l'enfant est de 3.290 g.

°°°

Madame B... 23 ans Ipare

Le dépassement du terme étant de 10 jours, on déclenche le travail par sonde. Accouchement normal et expulsion spontanée le 22/8/55 d'un enfant de sexe masculin, pesant 3.400 g.

°°°

Madame L... 26 ans Ipare

Le dépassement du terme étant de 8 jours, on déclenche le travail par sonde. Accouchement normal et expulsion par forceps d'un enfant de sexe masculin, pesant 3.700 g.

Pendant 10 jours, la température maternelle oscille entre 37°4 et 37°6

°°°

Madame P... 24 ans IIIpare

Le terme étant dépassé de 8 jours, on déclenche le travail par sonde.

Accouchement normal le 3/I/1956. Expulsion spontanée d'un enfant de sexe féminin, pesant 4.260 g.

La température maternelle ne dépasse pas 37°4.

°°°

Madame G... 22 ans Ipare

Le dépassement du terme étant de 8 jours, on déclenche le travail par sonde. Accouchement normal le 21/1/1956. Expulsion spontanée d'un enfant de sexe féminin pesant 4.050 g.

Les suites maternelles sont normales.

L'enfant pèse 4.000 g au 10ème jour.

°°°

Madame D... 19 ans Ipare

Le terme étant dépassé de 8 jours, on déclenche le travail par sonde. Accouchement normal le 10/2/57. Expulsion spontanée d'un enfant de sexe masculin pesant 4.400 g.

Suites normales de couches.

°°°

Madame P... 24 ans Ipare

Le dépassement du terme étant de 8 jours, on déclenche le travail par sonde.

Accouchement normal le 30/3/1957. Expulsion spontanée d'une fille de 3.200 g. La délivrance est normale. La température maternelle ne dépasse pas 37°6.

° ° °

Madame P... 22 ans Ipare

Le terme étant dépassé de 12 jours, on déclenche le travail par sonde.

Accouchement normal le 29/4/1957. Expulsion spontanée d'une fille de 3.500 g.

° ° °

Madame T... 20 ans Ipare

Le dépassement du terme étant de 8 jours, on déclenche le travail par sonde.

Accouchement normal le 4/5/57. Expulsion spontanée d'une fille de 3.900 g. Délivrance normale. Bon état général de l'enfant ; suites maternelles normales.

° ° °

Madame F... 26 ans Ipore

Le terme étant dépassé de 13 jours, on déclenche le travail par sonde. Expulsion spontanée le 6/9/1957 d'un enfant de sexe féminin pesant 3.500 g.

La délivrance est normale, les suites maternelles également.

Au dixième jour, l'enfant nourri au sein pèse exactement 3.500 g.

°°

Madame P... 26 ans Ipore

Le terme étant dépassé de 10 jours, on déclenche le travail par sonde. Accouchement normal le 27/9/57. Expulsion spontanée d'un enfant de sexe féminin pesant 4.260 g.

La température maternelle se maintient à 37°.

Au bout de 10 jours l'enfant pèse 4.300 g.

°°

Madame T... 21 ans Ipore

Le dépassement du terme étant de 8 jours, on déclenche le travail par sonde. Accouchement normal le 15/11/1957. Expulsion spontanée d'un enfant de sexe féminin pesant 3.900 g.

°°

Madame P... 25 ans Ipare

Le terme étant dépassé de 10 jours, on déclenche le travail par sonde. Accouchement normal le 17/12/1957. Expulsion spontanée d'un enfant de sexe masculin pesant 3.500 g.

La délivrance est normale. La température maternelle ne dépasse pas 37° 3.

Au dixième jour, l'enfant a repris son poids de naissance.

CONDUITE A TENIR

-:-

Tous les enfants qui naissent en fin d'une grossesse prolongée, apparente ou réelle, ne sont pas des postmaturés dans le sens anatomoclinique du terme. Et, comme nous l'avons vu, tout accouchement survenant au-delà de la date prévue n'est pas nécessairement un accouchement postmaturé. On ne saurait appliquer systématiquement, à tous les cas, des méthodes de déclenchement du travail ou de césarienne qui comportent évidemment toujours des risques.

Il faut donc savoir tenir compte des conditions dans lesquelles la gestation s'est anormalement prolongée, et surtout du retentissement de cette prolongation sur le fœtus. Tout signe de souffrance foetale est évidemment une indication impérative à l'interruption de la grossesse.

Des opinions assez divergentes se sont d'ailleurs fait jour. Certains auteurs, en effet, refusent d'attribuer une certaine gravité aux grossesses prolongées. D'autres, reconnaissent qu'elles donnent lieu à des accidents anormalement fréquents de mort-nés ou de morts néonatales. Mais alors, ils n'admettent pas que l'enfant hypermaturé, une fois né dans des conditions normales et présentant un état apparemment satisfaisant, continue à être menacé à plus ou moins brève échéance.

Il existe avant tout une série de mesures

préventives, parmi lesquelles l'étroite surveillance de la femme enceinte est évidemment la première.

Dès que l'on a des raisons de croire à une souffrance du fœtus, et lorsque chez des multipares il existe des antécédents de post-maturité, on saura provoquer le déclenchement médicamenteux du travail dès dépassement du terme.

Si rien ne vient indiquer une souffrance foetale, on déclenchera le travail par des moyens médicamenteux, après 10 jours de dépassement du terme.

Lorsque le fœtus présente des signes certains de souffrance et que le travail ne se déclenche ni spontanément, ni par des moyens médicamenteux, JAMAIN est d'avis de recourir à la césarienne.

Or, LARTZ est, lui, contre l'intervention chirurgicale, car il pense que la postmaturité ne comporte aucun danger, ni maternel, ni foetal. Et il appuie cette opinion sur une série de 736 accouchements, dont 71 retardés de 14 à 45 jours par rapport au terme prévu. Dans cette série, cinq enfants seulement pesaient plus de 4.500 g. On compte deux mort-nés, un anencéphale et un mort intra-partum, peut-être par décollement prématuré du placenta. C'est sur ces chiffres que l'auteur base son opinion selon laquelle la postmaturité n'est pas menaçante pour l'enfant et ne justifie pas de césarienne. Ajoutons que dans cette série, il n'y a pas eu de décès néonataux.

En dehors des mesures obstétricales à décider, il faut intervenir efficacement dès la naissance. Toutes les manoeuvres seront faites sous oxygénothérapie surveillée. Toute femme

enceinte doit être avertie de la nécessité d'une surveillance accrue dès dépassement du terme.

A la naissance, deux mesures sont à appliquer :

- l'aspiration trachéale et bronchique,
- la mise en position déclive du nouveau-né pendant les 2 ou 3 premiers jours de sa vie.

Pour certains auteurs, le nouveau-né devra être soumis à un lavage d'estomac.

Il faut savoir nuancer son attitude et ne pas intervenir systématiquement.

C'est pourquoi RICHON attend l'accouchement spontané, même tardif des primipares, avec expectative armée en ce qui concerne le nouveau-né, afin que tout signe d'asphyxie soit combattu au plus tôt. On pourra associer le lavage d'estomac à l'aspiration trachéo-bronchique.

Chez les multipares à antécédents de post-maturité pathologique, pour l'enfant, il est bien évident que le déclenchement artificiel du travail s'impose, et, à défaut, la césarienne, mais celle-ci ajoute un risque chirurgical et anesthésique supplémentaire pour l'enfant; les mesures médicales seront donc préférées, ce qui est possible dans la grande majorité des cas.

° ° °

Personnellement, nous procédons de la façon suivante :

Nous employons deux procédés : séparément, ou l'un après l'autre en cas d'échec du premier :

- le premier fait appel aux excitants hormonaux ou chimiques de la contraction utérine,
- le deuxième à des excitations mécaniques.

Premier procédé :

Nous employons comme ocytocique le lobe postérieur d'hypophyse, associé le plus souvent à des antispasmodiques mineurs, type Spasmavérine ou Buscopan :

- une injection de I unité de post-hypophyse, toutes les heures jusqu'à un total de 5 à 6 unités ; dès la deuxième injection, en général, nous associons post-hypophyse et spasmavérine ou buscopan : $\frac{1}{2}$ à I ampoule à la demande suivant l'état du col et du segment inférieur.

Nous avons, de ce fait, toujours évité, une dystocie fonctionnelle du col, fâcheuse pour la bonne marche de la dilatation.

- rupture artificielle de la poche des eaux, à deux centimètres chez la primipare, à un centimètre chez la multipare.

Si, après cinq à six injections, le travail n'est pas déclenché, nous attendons 24 heures, et pratiquons une nouvelle série d'injections aux mêmes doses et au même rythme.

Nous avons essayé de préparer l'action des ocytociques par une ou deux injections préalables de 10 mg de benzoate d'oestradiol, sans toutefois pouvoir affirmer une action préparatrice valable. Le sulfate de quinine de même ne nous a semblé avoir une action sur le déclenchement qu'au cas où celui-ci semble tout près de son début physiologique avec un segment inférieur bien formé, un col central.

Nos deux séries d'injections ne réussissent

pas toujours à déclencher les contractions régulières du travail, mais le plus souvent, nous constatons cependant des modifications importantes au niveau du segment inférieur et du col :

- segment inférieur bien formé,
- col plus central, plus ramolli.

Résultats : dans la moitié des cas environ, le travail se déclenche après la première ou la deuxième série : celui-ci grâce à l'administration des antispasmodiques a toujours été normal par la suite, sans hypertonie importante.

Deuxième procédé :

Quand le travail n'est pas déclenché par les injections médicamenteuses, nous posons des sondes type Châtel-Guyon en faisceau : une, deux ou trois sondes suivant la perméabilité du col. Nous obtenons presque à coup sûr, un déclenchement du travail dans les 24 à 36 heures (de toutes façons, les sondes sont retirées au bout de 24 à 36 h), et il nous a bien semblé que les injections de post-hypophyse favorisaient très largement l'action de celles-ci.

Au début de notre expérimentation, nous avons eu à déplorer quelques hémorragies brutales en jet, cessant très rapidement après retrait de la sonde ou des sondes. Nous avons pensé que si, dans quelques cas, ces hémorragies étaient liées à un traumatisme ou au décollement d'un placenta latéral méconnu, dans les autres cas, elles étaient dues à un défaut de technique, la sonde saisie trop loin, butant sur l'isthme ou le sphincter cervical interne, se repliant et traumatisant les lacs veineux du col.

Ces accidents ont tout à fait disparu depuis que nous appliquons une technique légèrement

différente ; nous saisissons la sonde à l'aide d'une pince Longuette, très près de son extrémité et nous la portons le plus loin possible près de l'orifice cervical interne en forçant très lentement et en souplesse celui-ci, sans lâcher la pince ; à ce moment, seulement, nous faisons progresser la sonde à l'intérieur de la cavité utérine de quelques centimètres. Si le col l'admet, nous passons de la même façon une deuxième sonde, quelquefois, mais exceptionnellement, une troisième.

Il y aurait certainement intérêt à modifier cette instrumentation en faisant faire des pinces de même type, mais à cambrure antérieure, de manière à mieux diriger encore l'extrémité de la sonde, à la façon des pinces forceps de CHAMPETIER de RIBES.

Avec les précautions d'asepsie d'usage, nous n'avons jamais connu les moindres suites infectieuses et depuis que nous avons apporté ces quelques modifications à notre technique initiale, nous n'avons plus eu à déplorer d'effractions vasculaires.

CONCLUSIONS

-:-

Notre expérience clinique porte sur un trop petit nombre de cas, pour que statistiquement elle soit valable; porterait-elle d'ailleurs sur un plus grand nombre de cas, qu'elle n'aurait pas forcément une valeur absolue beaucoup plus grande, les difficultés qui apparaissent lors de la détermination de la durée de la gestation et de la définition hormonale d'une post-maturation soulevant des problèmes non encore complètement résolus.

Il nous a semblé par contre qu'il était intéressant de rapporter quelques cas que nous pouvons classer cliniquement dans le domaine des conséquences fâcheuses possibles de la post-maturité sur l'avenir du fœtus.

Cette série de morbidité excessive parmi les post-maturés, nous a conduit à appliquer systématiquement à partir de la deuxième semaine, le dépassement du terme de quinze jours nous ayant paru être le plus dangereux pour l'enfant, des méthodes d'accouchement provoqué qui nous ont jusqu'à ce jour donné des résultats favorables, tant pour les suites fœtales que pour les suites maternelles.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : M. LACOMME

Vu :
Le Doyen :
signé : L.BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

BERTHIAULT R. et Mme RIMBERT-GUESLON A.M.

20 observations de grossesses prolongées avec étude hormonale

Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst. de Lyon 7 mars 1955 N° 2 pages 206-207

CADERAS de KERLEAU J.M.

Les anomalies de durée de la gestation

Montpellier Méd. Oct. 1953 96 N° 4

Pages 231-250

CALKINS L.A.

Post-maturity

Amer.Journ.Obst.Gyn. Juillet 1948 56

Pages 167-172

CANON R., GUILHEM P., MAYER M.

L'anoxie foetale

Presse Méd. 29 nov. 1952 60 N° 76

Page 1628

COURRIER R.

Endocrinologie de la gestation

8° Paris 1945

EZES H.

Eliminations hormonales urinaires et cytobiologie vaginale au cours des grossesses prolongées

C.M. 8 mai 1954 N° 19 Page 1913

EZES H., BOURDON R., LEGEAIS G.

Considérations sur la prolongation de la grossesse, à propos de cinq observations récentes

Soc.Gyn.Obst.Alger 10 Décembre 1955

GEISENDORF W.

Grossesse prolongée et provocation de
l'accouchement

Gyn. Obst. 1952 4 N° I

Pages 42-46

GEISENDORF W., LEDERREY P., VOGELI H.

Etude clinique du problème de la grossesse
prolongée

Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst. 9-12 Sept.1957 9

N° I bis Pages 84-102

GUILHEM P., PONTONNIER A., BAUX R.

Les grossesses prolongées

Montpellier Méd. Octobre 1853 44 Pages

251-272

HEBERER H.

Die Schwangerschaft mit verlängerter
Tragzeit

Deutsche Med.Wschr. Oct. 1954 79 N° 43

Page 1594

HILL G.

Review of 115 cases of post-maturity

J.Obst.Gyn.Brit.Emp. Déc. 1952 59

N° 6 Pages 807-809

JAMAIN B., LEGROS R., COUPE G.

Les grossesses prolongées

Presse Méd. 20 Déc.1952 60 N° 81

Pages 1731-1732

KASEMAN W.

Geburtseinbeutung oder Konservatino

Verhalten bei übertragener Schwangerschaft

Geburtsh. u. Frauenheilk. Mai 1953 Vol.13

N° 5

KOLONJA S.

Bedentet die Schwangerschaft, die den

Termin überschreitet, eine erhöhte
Gefahr für das Kind

Wien.Klin.Wschr. 6 Janvier 1956 68

N° I Pages 13-14

KUSTADER R.H., et SCHNITZ S.E.

La post-maturité et le syndrome de dysfonctionnement placentaire

C.M. 11 mai 1957 N° 19 Page 2336

LACOMME M., LEPAGE F. et SCHRAMM B.

Les frottis vaginaux envisagés comme test de l'équilibre hormonal de la gestation

Presse Méd. 29 novembre 1952 60 N° 76
Page 1630

LARTZ R.E.

The problem of postmaturity

Am.Journ.Obst.Gyn. Mai 1953 65 N° 5
Pages 986-989

LE LORIER G.

Les gestations prolongées

Maternité - Revue pratique d'Obstétrique
et de Puériculture mai 1957 Pages 179-194

LEMBERG S., STAMM O. et de WATTEVILLE H.

Le frottis vaginal aux différents stades de la grossesse normale et pathologique

Presse Méd. 16 novembre 1955 N° 76
Page 1558

Concours Méd. 24 déc. 1955 N° 52 Pages 4899

LENOIR A., MAGNIN P.

Le diagnostic radiologique de la grossesse prolongée

Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst. 9-12 sept. 1957
9 N° I. bis Pages 103-121

LEVY-SOLAL E., MORIN P., MINKOWSKI A.

A propos de la post-maturité

Presse Méd. 29 nov. 1952 60 N° 76
Page 1631

MAGNIN P., GARMIER R.

Le rôle possible du col dans l'étiologie des grossesses prolongées

Bull.Féd.Soc.Obst. Gyn. de Lyon 3 Déc.
1956 9 N° I Pages 59-60

MAHON R.

Les grossesses prolongées
J.Méd.Bordeaux Oct. 1954 131 N° 10
Pages 1096-1101

MULLER P.

A propos des grossesses prolongées
Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst. 1954 6 N° 3
Pages 329-331

PIGEAUD H. et CATTIN R.

Les grossesses biologiquement prolongées.
Morts inexplicées du foetus au voisinage
du terme théorique et grossesses
vraies de type pathologique
Gyn. Obst. 1956 55 N° 2
Pages 113-126

RICHARD M.

Post-maturité
Laval Médical 1955 20 N° 9 Pages 1190-96

RICHON J.

La grossesse prolongée
Presse Méd. 30 Janvier 1954 62 N° 7
Pages 141-142

STEWART H.L. (Jr)

Duration of pregnancy and post-maturity
Journ.Am.Med.Assoc. 29 Mars 1952 148
N° 13 Pages 1078-1083

SUREAU M. et Melle DERIVRY C.

La fragilité foetale dans les grossesses
prolongées
Bull.Assoc.Gyn.Obst. 1950 2 N° 4 bis
Pages 268-270

VERMELIN H.

A propos de la grossesse prolongée
Gyn. Obst. 1951 3 N° 2
Pages 305-306

VIGNES P.

Durée de la grossesse et ses anomalies
8° Paris 1933 (Masson Edit.)

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
I.- Introduction.....	13
II.- Historique.....	16
III.- Les grossesses prolongées.....	18
IV.- Souffrance foetale.....	27
V.- La pathogénie du syndrome d'hypermaturité.....	31
VI.- Observations personnelles.....	37
VII.- Conduite à tenir.....	58
VIII.- Conclusions.....	64
IX.- Bibliographie.....	65

-:-

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

